

SRF-C-24-12-0621

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखापाल)	 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	S/1224/0715	APPLICATION DATE : आवेदन मिति : 11-12-2024		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Mu. Selim Miya	AGE-YEARS आयु-वर्ष : 62	SEX लिंग : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	Late - Mu. Jamid Ali			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बासिन आवासीय पता Mu. Ghaur, Ghaur, Asar, Buxar, Bihar, 802111				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above.				
OCCUPATION : बदलावन	Labourer	MARRIED (जिवाहित) / UNMARRIED (जविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष संलग्न) N/A		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल सापेक्ष आय	48,000			
PAN No. शब्द संख्या	NH			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मना आप अत्यधिक एक हो (जो मन्त्र द्वारा उस पर सही करा निशान लगाये) Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1) (S)	Mu. Miya Mu. Farhan Tulsi	39 35 37	M M F	Son Son Daughter-in-law
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशी आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) ग्रामीण रेखा को नीचे प्रमाण पट (प्रमाण पत्र की ओर प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्थ अवधि की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ओर प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: माहायक हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/क्लिनिक से आरोग्य की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
<i>Diagnosis - RE senile cataract - IF senile cataract</i>				
<i>Surgery - LF SICS with P MMAF</i>				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता रुपये		

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषण करता हूँ कि ये प्रकार से दिए गये सभी विवरण मेरी ज्ञानकालीन अनुसार साध्य एवं सही हैं। यदि कोई विषय एवं काम असम्भव या अस्त है तो मेरी ज्ञानकालीन विचारण की ओर से इसकी विवरण नहीं की जानी चाही तो उसका उल्लंघन उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जानेगा, जो इस प्रकार मेरे बहु बहु चाही है।
- 5) मैं पुराण करता हूँ कि विस महापात्र हेतु यह आवश्यक या सकात हिस्से व्यापक चौलचौलक दीप्ति कार्यक्रम में न को लिया है और न भी गोपनीय में दीया।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस उद्देश्य पर जाने वालों को जाप नालकर, मैं (अवेदक) जल्दी सहमति की पूर्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञानकालीन विचारण" इस प्रकार मेरी खातिर है, उसे "ज्ञानकालीन व्यापक या उल्लंघन या दूसरे उद्देश्य में नुस्खे गोपनीयताएँ भी उपलब्धियाँ जो लिये जिसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्राप्ति का विवरण मेरे इच्छा के पास से या बाहर से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, जल्दी भी जापाना जो कि महापात्र के व्यवहारों में प्रभावित है युक्त ज्ञान: महापात्र का बहुदार नहीं जानता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्ञानकालीन विचारण और व्यवहारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के हस्ताक्षर वा अग्राम का लियाज

p-Selby

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकृत, हस्पताल को अंत में जापानेवालों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय महापात्र हेतु गिरफ्तारी की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निन प्रकार मेरे ज्ञान व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न कोई विवरण अंदर दी भविष्य में वित्तीय महापात्र किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त या उसी विचारण में विद्युतीय विवरण उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महापात्र विवरण अधिकृत बनाता है तो अस्पताल किसी अन्य वा सरकारी अधिकृत वा किसी भी संस्था में महापात्र जैसे का अधिकृत सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्वास्थ वाला जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त एंटी-प्रायोगिक हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी भी संस्था में नहीं लेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लोग गई महापात्र को जाप विवरण, प्रक्रिया की है। ऐसी पर अस्पताल द्वारा योगी गई महापात्र या किसी गये उपचार/प्रक्रिया का भूत्ता गये पर्याप्त हस्पताल की होती है। और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्राप्ति का कोई दावा नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इसका मूल्य और अनें जाने वाले को मार्गी विवरण दी जाएं एवं हस्पताल की होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संक्षिप्त

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

SCEH SAHARANPUR

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery हास्पताल को दर्शाएँ 11-12-2024	Dr. Monika Jasrotia DMC No. 5208 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्पताल का नाम व हस्पताल व री. नं.	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	आनंदिक उपरोक्त हैं।
--	--	--	---------------------

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्पताल 2